



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE												
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	001414	Eloy Alfaro	CS	1711294056								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Mazamba	Vite	Flor	Querida	M	02-06-1967	58	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
0960878881		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130355	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
			5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Gastroenterologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS DE EDAD- REFIERE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE DRENAJE DE ABSCESO EN CUELLO HACEAPROXIMADAMENTE 10 AÑOS (NO REFIERE ESPECÍFICAMENTE- A PESAR DEL INTERROGATORIO EN LA ANAMNESIS) CONANTECEDENTES DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICA- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS G:03 A:0 P:3 C:0 - LARINGITIS CRÓNICA DE 15AÑOS DE EVOLUCIÓN- ÚLCERA PÉPTICA Y QUISTES MAMARIOS- CON ANTECEDENTES DE DERRAME FACIAL HACE 3 AÑOS. PACIENTEACUDE POR SOLICITUD DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD GASTROENTEROLOGIA- ÚLCERA PÉPTICA Y ESTREÑIMIENTO CRONICO-REFIERE QUE ES ESPECIALISTA LE INDICO QUE ACUDA AL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO PARA SOLICITAR NUEVO TURNO PARACONTINUAR CON EL SEGUIMIENTO. PACIENTE REFIERE DISPEPSIA DE LARGA DATA. ADEMAS REFIERE DOLOR RECTAL Y SENSACION DEINFLAMACION ANAL DE 1 MES DE EVOLUCION. O: SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES- AL EXAMEN FISICO:EPIGASTRALGIA A LA PALPACION- METEORIS MO INTESTINAL AUMENTADO A: PACIENTE CON APP DE ÚLCERA PÉPTICA YESTREÑIMIENTO CRONICO SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD GASTROENTEROLOGIA PARA CONTINUAR CONSEGUIMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Dispepsia		K30X		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-01	02:27	Maria	Muñoz	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313263269				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	